

跨領域團隊合作照護訓練運作建議

長庚醫療財團法人嘉義長庚紀念醫院 蕭政廷主任

中國醫藥大學附設醫院教學部

周致丞醫師

修改自台中榮總吳明儒醫師投影片



大綱

- 醫療品質、病人安全的觀點
- 醫療照護與教育的典範（模式）轉移
- 以梅約為例、向梅約學習
- 進行團隊會議或聯合討論的建議
- 病患參與，以病患為中心
- 常遭遇的困境

醫療品質、病人安全的觀點

- 現行的典範
 - －專業自主、專業獨立
 - －分工照護
- 安全嗎？！

衛生署組成專案小組查核台大醫院HIV器官誤植事件

發表於 2011年09月01日 由 工人

行政院衛生署於今日邀集包括評鑑委員、器官移植專家、醫改會、消基會、疾病管制局及台北市衛生局代表共同組成專案小組前往台大醫院就HIV器官誤植事件進行不預警查核。

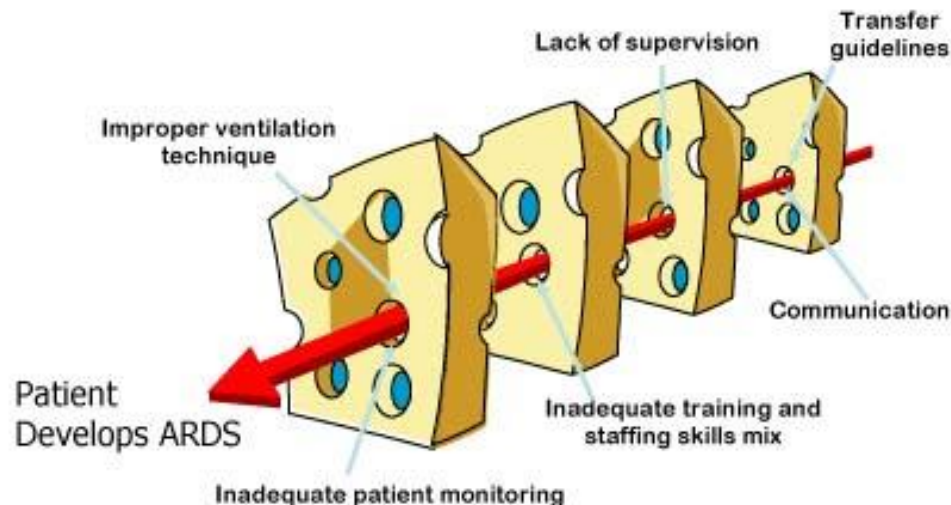
經委員實地查核指出該院檢驗及器官捐贈移植流程20餘項問題，大部份已改善，如增加檢驗報告之複核機制、指定醫師負責檢驗結果之確認，於上傳資料前印出檢驗原始資料以供確認，並加強器官摘取前及植入前之手術暫停確認動作。但下列事項仍須加強：

1. 流程雖已改善但作業過程仍不穩定，應加強人員訓練與共識。
2. 改善流程應見諸文字，儘速修正標準作業書。
3. 重大檢驗報告應有提示機制，並應同時通知協調人員及移植小組醫師，並經醫師確認。
4. 應將HIV檢驗列為移植前八項緊急檢驗項目之首，並加註說明為陽性者不得作為器官捐贈之用。
5. 新修訂之標準作業程序應擬定教育訓練計畫及內控查核機制

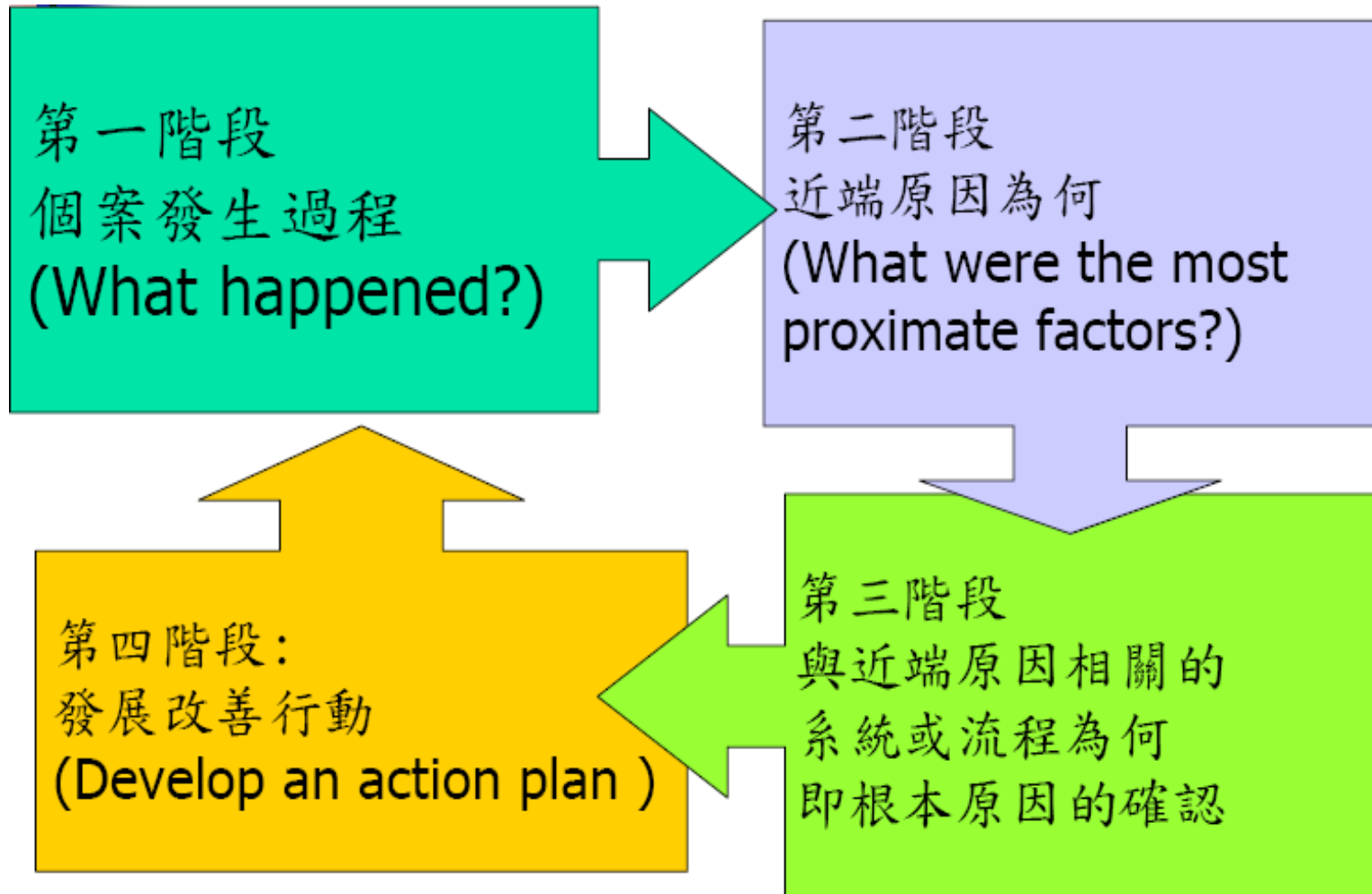
為兼顧等待移植病人之權益，並確保類似錯誤不再發生，上述建議事項，將限該院於24小時內改善完成，並報衛生署審核；且該院未來一個月內之移植個案，應逐案報署審查。衛生署近日內將再採取不預警方式進行查核確認。

The Swiss cheese model of accident causation

- 醫療錯誤事件是一連串的疏失所造成的
- 多半的醫療不良事件並非因個人疏忽或缺乏訓練
- 75%醫療問題來自系統的錯誤



R C A 進行階段



最常見的錯誤源頭

- 醫療錯誤
 - 專業間或專業人員間的溝通不良
- 醫療糾紛
 - 醫病溝通不良

Emergency Department Communications

November, 2010

Keith Conover, M.D., FACEP
<http://www.ed-informatics.org>

"The source of the disaster was poor communication"

When we think of "Emergency Department Communications" we tend to think of signout - shift change with ED nurses signing out to other ED nurses and ED doctors signing out to ED doctors, and docs and nurses signing out admitted patients to those taking care of them on the floor. We think of the famous "SBAR" signout (Situation Background Assessment Recommendations) that is

communications have suffered. Things get missed. Patients get missed!

When an ED is small, everyone can hear and see what everyone else is doing. (More or less. Go along for the sake of the argument, OK?)

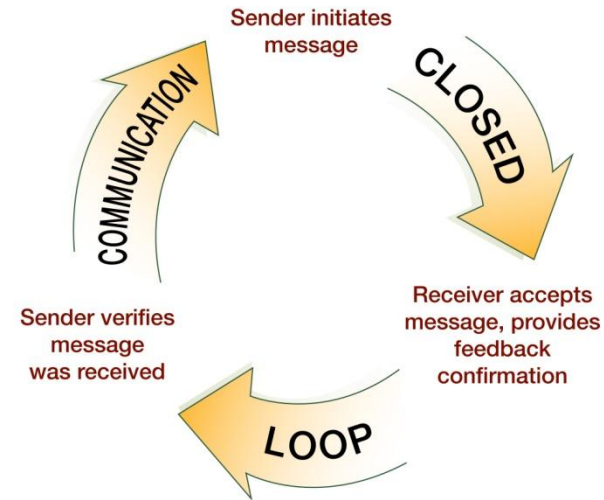
As an ED gets bigger, we lose this *situational awareness* that is so often cited as critical for the safety of airline cockpits or nuclear power control stations. We try, with variable success, to compensate with communications technology.

Signout

Let us return for a minute to the archetypal medical communication, signout. Can technology help? Yes, there are many hospitals that now use VoiceCare or similar voicemail solu-

有效溝通 communication

- 溝通架構 SBAR
- 確認 Check-Back
- 緊急狀況 Call-Out
- 交班 Handoff



- Situation
 - What is going on with the patient?
- Background
 - What is the clinical background or context?
- Assessment
 - What do I think the problem is?
- Recommendation
 - What would I recommend?

醫療照護與教育的 典範（模式）轉移

- 天下合久必分、分久必合
- 然而
- 見山是山、見山不是山
- 再度見山是山時
- 我們升級了！！！！

醫療照護中的團隊合作

- 團隊 $\neq$ 跨領域團隊合作
- 團隊合作不良是造成醫療錯誤的原因之一



A Miracle Denied

Jesica - 從墨西哥潛入美國以治療其先天性心臟病。得到善心人士捐助，又剛好有donor。不幸的是：器官配對錯誤。

醫療需要團隊合作

- 減少臨床錯誤
- 改善病患預後
- 改善流程結果
- 增加病患滿意度
- 增加員工滿意度
- 減少醫療糾紛

一個和尚挑水喝



兩個和尚抬水喝



三個和尚
沒水喝

醫療專業團隊的概念

- 有著**互補技能**的專業成員
- 以**共同參與**的形態
- 朝向一個**共同的病患照護**使命
- 合作而分工 非 分工後拼湊

阻礙團隊合作的絆腳石

- 缺乏明確的領導者
- 本位主義
- 成員角色不明
- 過度自信
- 時間壓力
- 爭端處理
- 訊息傳達不清
- 缺乏照護延續性
- 溝通不良
- 疲憊
- 階級文化
- 工作壓力

團隊的合作需要學習

- 學習的面向必需同時包含
 - 知識 K、態度 A 和技能 S
- 人格特質會影響每個人的團隊合作能力
- 但是，團隊合作的訓練和實作經驗，更能促進個人的成長，進而提升團隊合作的效能。

新典範

- 醫療照護典範
 - 跨領域團隊合作照護 I P P
- 醫療教育典範
 - 跨領域團隊合作照護 I P E

跨領域團隊合作照護-四大要素4C

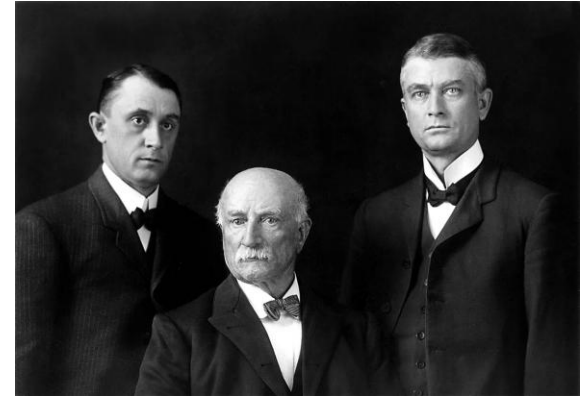
- **共同目標**的建立(Common goals)
- 資訊與資源的合作**共享**(Collaboration: Information & resources sharing)
- 決策與活動的**協調**(Coordination of decision and activity)
- 團隊成員間的**溝通**(Communication among team members)
- 改變的層次-跨團隊專業間**連攜教育**

專業間教育(IPE)的七大原則

- 一起工作改善照護品質
- 專注於服務對象與照顧者之需求
- 邀請服務對象與照顧者共同參與
- 鼓勵各專業人員學習如何相處、彼此學習
- 尊重每個專業的完整性與貢獻
- 加強專業間執業合作
- 增加專業人員的滿意度

• 以梅約為例、向梅約學習

Patient's
need comes
first.



The best interest of the patient is the only
interest to be considered.

(病患的最大利益是唯一要考慮的利益)

It has become necessary to develop medicine
as a cooperative science.

(醫學是一門合作的科學)

Dr. William J. Mayo, 1910

Mc
Graw
Hill Education
麥格羅·希爾

向梅約 學管理

世界頂尖醫學中心的三贏哲學

透過以病患優先的核心價值觀，打造出醫生、梅約醫學中心、病患間的三贏哲學

Management Lessons from Mayo Clinic

李納·貝瑞 Leonard L. Berry
◎ 肯特·賽特曼 Kent D. Seltman — 著
陳琇玲 — 譯

台大國企系教授兼台大副校長 湯明哲 — 特別推薦



為什麼是梅約？

Patient Survival Guide



Best Hospitals

**EXCLUSIVE
RANKINGS**

How medical care
will change after
health reform

Are you taking too
many drugs?

Winning the
obesity battle

Danger: Health
insurance scams
on the rise

\$5.99



•Aug 2010



DIABETES & ENDOCRINOLOGY

GASTROENTEROLOGY

KIDNEY DISORDERS

HEART & HEART SURGERY

NEUROLOGY & NEUROSURGERY

PULMONOLOGY

GYN

ORTHOPEDICS

Rank	Hospital
1	Mayo
2	Massa
3	Johns H
4	Univers
5	Ronald
6	Clevela
7	New Yo
8	Yale-N
9	Barnes
10	Brighar

Rank	Hospital
1	Mayo
2	Clevela
3	Johns H
4	Massa
5	Mount
6	Univers
7	Hospita
8	Ronald
9	New Yo
10	Cedars-

Rank	Hospital
1	Johns Hopkins H
2	Mayo Clinic, Ro
3	Brigham and W
4	Cleveland Clinic

Rank Hospital

- 1 Hospital for Special Surgery, New York
- 2 Mayo Clinic, Rochester, Minn.

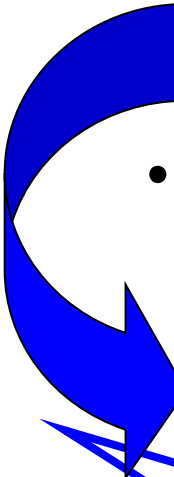
atient
afety
ndex
(ax.=5)

Discharges
(3 years)

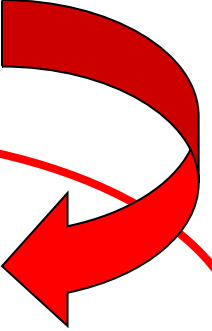
Nurse
staffing
(higher is
better)

梅約的特點？

- 全球第一家大型非營利的整合式醫療機構
- 結合多方面專長的醫療團隊，秉持相同的理念和價值觀，為病患照顧而努力
- 病患需求第一 “the needs of the patient come first.”（病患至上）



• 專業



• 服務

小威廉·梅約的話 1910

- 結合團隊之力是服務病患的最佳方式
- 將醫療發展為合作科學是必要的
- 同心協力為病患的利益著想
- 支援、合作、協調是團隊醫療的三個動力

進行團隊會議或聯合討論的建議

- 現階段最容易、最常進行 IPP or IPE 的方式

團隊的合作

- 透過定期或不定期的跨領域團隊合作會議，所有照護團隊的成員藉由討論病人的問題和分享經驗，共同擬定和介入治療計畫
- 同時也培養彼此的默契
- 學習與不同領域成員作出最好的互動

跨領域醫療團隊合作的運作， 可以從「組成團隊」開始。

- 先挑選適合的個案，
- 由主要照護的醫護人員或個案管理師負責執行評估、介入和追蹤評估成效，
- 同時邀請所有相關的領域醫事人員進行病患的評估，提供各領域醫療專業上的評估意見和治療建議。

啟動團隊運作或召開會議之前

- 針對個案啟動跨領域團隊運作或召開跨領域團隊會議之前，可以讓**主要照護的護理人員**或**個案管理師**，或議題發生的主要專業人員
- 以「**個案資訊的整合者**」和「**家屬代言人**」的角色進行準備。

跨團隊討論會的進行方式

1. 病例介紹
2. 釐清問題、引導提問 (找出IPP)
3. 團隊成員的問題統整
4. 各領域跨專業的討論、回饋、合作方案與
改善計畫，甚或提出IPE
5. 總結

醫師參與跨領域團隊合作照護

一 高齡個案討論學習摘要

吳明儒

一、→ 教學目標

醫師能以照護高齡病人的角度，在住院過程中，整合醫療團隊資源提供病人照護。同時能協助高齡醫學醫療團隊其他成員為病人提供最佳品質的醫療服務。

二、→ 教學重點

1. 醫師能安排高齡病人接受周全性老年評估(含 CGA)。
2. 醫師能與護理人員溝通病史詢問和理學檢查的重點、檢查及治療的計畫。
3. 醫師能與藥師共同進行多重藥物評估。
4. 醫師能與會診之復建科醫師溝通病情與治療計畫，而且協助物理治療師幫助病人進行復建治療與評估療效。
5. 醫師能與會診之營養師溝通病情與治療計畫，而且協助營養師幫助病人進行營養狀況評估與設定營養計畫。
6. 醫師能與會診之精神科醫師溝通病情與治療計畫，而且協助精神科醫師幫助病人進行精神狀況評估與完成治療計畫。
7. 醫師能在安排腦部電腦斷層檢查過程中，協助放射師幫助病人完成檢查。
8. 醫師能在安排出院過程中，協助護理人員和行政人員幫助病人完成手續。

三、→ 教學方式與媒介

1. 在研討會中以實際案例依場景分段演練，並由各領域醫事人員負責教學之種子教官當場共同提出，主持人引導大家分享經驗與回饋意見，然後錄製成影片及整理教學重點，提供各醫事人員教育訓練過程使用。
2. 由臨床教師依照教學重點在平日查房中或高齡醫學個案討論會議中與學員討論，並且將相關經驗在定期研討會中分享。

四、→ 問題與討論↵

(一) ↵專業內的討論重點↵

1. 醫師如何進行周全性老年評估？↵
2. 醫師如何參與高齡醫學醫療團隊之運作？↵

(二) ↵跨專業的討論重點↵

1. 醫師如何與護理人員達成檢查及治療的計畫之共識？例如：抽血檢查必需完成的時間、希望護理必須盡快知會醫師的事項等。↵
2. 醫師如何與藥師達成藥物修改之共識？例如：某藥物應該以皮下注射（避免直接靜脈注射）。↵
3. 醫師如何協助物理治療師避免復建過程之不適？例如：病人復建後出現皮膚損傷時的因應對策。↵
4. 醫師如何協助營養師修改營養計畫？例如：病人出現腹瀉時應該調整營養配方。↵
5. 醫師如何完成精神科醫師會診之意見？例如：病人失智評估結果應該告知家屬，並且討論失智問題後續治療計畫。↵
6. 醫師如何協助放射師在安排腦部電腦斷層檢查過程中造成傷害？例如：病人有第四級慢性腎臟病，必需選擇對腎臟傷害性較少的顯影劑，在使用顯影劑前後給予適量之靜脈輸液和預防顯影劑腎病變之藥物，並且確定病人身體狀況適合接受檢查。↵
7. 醫師如何協助護理人員和行政人員幫助病人完成手續？例如：醫師在病人病情穩定後，應該擬定出院計畫，告知病人、家屬和護理人員。安排出院過程中，應該主動確認醫囑被正確執行。↵

五、→ 學習評核方式與回饋↵

1. 由高齡醫學醫療團隊中相關醫事領域人員提出多面向意見回饋給學員。↵
2. 在多面向回饋評估中，增加評估醫師與醫療團隊相關成員互動過程的項目。↵
3. 以病人和家屬滿意度調查評量學員學習成效。↵

團隊會議的流程

- 團隊會議的開始，
- 主持人可以邀請大家一齊來看醫師的病程記錄、護理紀錄
- 或發表對最近幾天病程發展的看法
- 提出「自己或別人」、「可以協助或需要被協助」什麼，來增進病患照護

跨領域團隊合作的重點精神 就是要「向其他專業學習」

- 利用其他領域醫事人員的專業經驗，**反省**
和改善自己的治療或處置
- 例如：

跨領域的團隊運作成功的 最重要因素

- 團隊成員必須在相互尊重和互相學習的前提下積極投入，
- 能夠有效率的相互溝通，
- 願意承諾共同為病人負責、
- 幫助同儕改善服務品質和凝聚共識。

在相互尊重與學習的前提下，
先啟動對話、
學習對話，
才有機會化解衝突

找出「最佳的對話模式」

- 剛開始團隊運作時，開會中團隊成員必需學習秉持「有效溝通」的目標
- 尊重自己，並且尊重團隊所有成員的專業價值
- 藉由不斷互動的反復演練，逐漸增進個人表達的正確性，找出「最佳的對話模式」
- 團隊會議要用來解決重要的事

合作的成效可以激勵所有成員

- 在互相了解中**累積情誼**，消除可能存在的爭執，忘掉彼此的界線，真正做到以病人為中心的團隊照護
- 這種團隊**合作的經驗**，還可以**促進個人的學習成長**，並且增加團隊合作的效率與提升病人照護的成果
- 團隊**合作的成效**又可以**回饋激勵所有成員**的參與感、責任感、生產力和對彼此的信任

病患參與，以病患為中心

- 我們圍繞的中心
- 病患照護



《英雄聯盟》不收錢反創近百億獲利 3年登上世界第一

ETtoday – 2012年10月15日

記者鍾禎祥／特稿

完全免費的《英雄聯盟》
，如何替製作公司

「RIOT GAMES」每年帶來
近百億台幣獲利？在6年的
時間裡，從一家工作室，
化為全球遊戲產業龍頭？RIOT成功的方程式並不複雜，就是「專注+真誠」，以消費者為本位思考。他們成功的故事，值得台灣產業借鏡，在雲端時代，小公司如何以小博大，立足世界。



將共識告知病人和家屬

- 團隊會議和團隊運作還必須「盡可能形成共識」，並且「將共識告知病人和家屬」
- 然後，在與家屬的互動中，請病患、家屬和醫療團隊，共同做出醫療決定，並且共同承擔醫療決定所伴隨的風險。

和病人及家屬共同討論

- 把病人家屬找來一起討論
 - 或者有共識時就要告知家屬
- 和家屬的互動中，請病患及家屬共同做出醫療決定，共同承擔醫療風險。
 - 與病人家屬討論→定義要求(照護品質的需求)
 - 不是每個人都想吃神戶牛排
 - 要付出代價(風險可能會增加)
- 最佳的運作經驗
 - 以專業領域(而非職稱為考量)

在病床邊討論病情時
請用
病患和家屬聽得懂的语言

常見的困境

- 醫師
- 時間

- 跨領域比跨科容易

— 醫師是最難搞的人？

- 團隊成員可以盡可能包含
 - 醫師群、個管師、行政人員, etc...

醫師習慣當指揮

- 醫師習慣在病患照護團隊中扮演指揮的角色
- 在團隊合作的過程，常常「需要醫師有更開放的心態」，才能廣泛接受其他領域醫事人員的建議

醫師的專業的獨立自主性

- 由於醫師的專業有非常高的獨立自主性，因此跨領域醫事人員的合作常常比醫師間跨科合作來得容易
- 醫院裡的會診制度，本來應該是要「啟動共同照護的合作關係」
- 不同科別的醫師之間，卻可能因為無法釐清醫療責任歸屬或害怕發生醫療糾紛，阻礙了彼此合作的契機

"Consultation" 就是共同照護

- 醫療責任的區分(害怕醫療糾紛)是啟動共同照護最大的障礙，時間不夠也是很重要的阻力
- 醫師作為team leader要有時間管理之訓練，才容易撥出時間與其他科醫師共同照護

時間管理的訓練

- 時間不夠常常是跨領域團隊運作很重要的阻力
- 在現行健保制度下，各醫院的人力配置幾乎都被精簡到最少
- 所有醫事人員和醫師一樣，每天從早忙到晚，還常常超時工作
- 團隊的領導者要有時間管理之訓練
- 團隊會議通常只用來解決比較重要的事
- 必需盡可能建立更好的溝通管道

跨領域溝通的電子平台

- 在網路蓬勃發展的今天，可以利用「**跨領域溝通的電子平台**」提供所有照護團隊的成員，透過網路上的記錄，更**即時**、而且**完整**地了解所有照護團隊成員對病患的評估記錄、照護記錄和交班重點，**減少開會的次數和時間**，進而提升了團隊的溝通效率

台中榮總醫療團隊跨領域溝通電子平台

醫檢師異常報告的提醒 (期限內醫師未回覆就會以電話再通知)

InPatient Order System

醫師功能 > 林 住院02268469 > 住院資訊

ICU - 11 [接觸防護] [跌] 林 (男)(健保普) 0015 2B 腎臟科 24/12/14 (75歲) 100/06/14 (17天) 住院中

6小時內有新增 累積報告 交班及交待事項清單 選擇其他病患

住院資訊	處方	疾病分類處方治療	治療	檢查檢驗	會診	其他醫囑	病歷摘要	其他功能	工具集	歷次就診記錄	禁忌用藥																														
住院基本資料 <table border="1"> <tr> <td>就診號</td> <td>02268469</td> <td>患者資料</td> </tr> <tr> <td>入院</td> <td>100/06/14 11:13</td> <td></td> </tr> <tr> <td>出院</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>照護醫師</td> <td>主治: 1147C 游</td> <td></td> </tr> <tr> <td>更新</td> <td>呼叫</td> <td>住院: 1466G 鄭</td> </tr> <tr> <td>調查表</td> <td>轉院</td> <td>健康調查表</td> </tr> <tr> <td>CU入出調查表</td> <td>14(完) 轉入(完)</td> <td></td> </tr> <tr> <td>隔離註記</td> <td>接觸防護</td> <td>隔離等級</td> </tr> <tr> <td>本院DNR註記</td> <td>無</td> <td>更新DNR註記</td> </tr> <tr> <td>論病計劃</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>												就診號	02268469	患者資料	入院	100/06/14 11:13		出院			照護醫師	主治: 1147C 游		更新	呼叫	住院: 1466G 鄭	調查表	轉院	健康調查表	CU入出調查表	14(完) 轉入(完)		隔離註記	接觸防護	隔離等級	本院DNR註記	無	更新DNR註記	論病計劃		
就診號	02268469	患者資料																																							
入院	100/06/14 11:13																																								
出院																																									
照護醫師	主治: 1147C 游																																								
更新	呼叫	住院: 1466G 鄭																																							
調查表	轉院	健康調查表																																							
CU入出調查表	14(完) 轉入(完)																																								
隔離註記	接觸防護	隔離等級																																							
本院DNR註記	無	更新DNR註記																																							
論病計劃																																									
目前處方醫囑(Active) <table border="1"> <tr> <td>100/06/23 (48)</td> <td>B Complex inj 10ml</td> <td>2</td> <td>ML</td> <td>QD</td> </tr> <tr> <td>100/06/20</td> <td>Butenafine crm 5g</td> <td>1</td> <td>TUB</td> <td>QD</td> </tr> </table>												100/06/23 (48)	B Complex inj 10ml	2	ML	QD	100/06/20	Butenafine crm 5g	1	TUB	QD																				
100/06/23 (48)	B Complex inj 10ml	2	ML	QD																																					
100/06/20	Butenafine crm 5g	1	TUB	QD																																					
目前治療醫囑(Active) <table border="1"> <tr> <td>Quick Check Blood Sugar</td> </tr> <tr> <td>C D <10cm(S) (Body)</td> </tr> <tr> <td>@WEANING/C (DAYTIME: PS)</td> </tr> </table>												Quick Check Blood Sugar	C D <10cm(S) (Body)	@WEANING/C (DAYTIME: PS)																											
Quick Check Blood Sugar																																									
C D <10cm(S) (Body)																																									
@WEANING/C (DAYTIME: PS)																																									
主要照護醫師間的交班記錄																																									
護理人員的交班記錄																																									
護理紀錄 <table border="1"> <thead> <tr> <th>日期</th> <th>時間</th> <th>記錄內容</th> <th>輸入者</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2011/07/01</td> <td>15:00</td> <td>會客時間家屬探視: 1 與家屬解釋病情 E: 血糖值: 132mg/dl + 0700-1500 輸入/排出: 776/40 (+736ml) +</td> <td>材</td> </tr> </tbody> </table>												日期	時間	記錄內容	輸入者	2011/07/01	15:00	會客時間家屬探視: 1 與家屬解釋病情 E: 血糖值: 132mg/dl + 0700-1500 輸入/排出: 776/40 (+736ml) +	材																						
日期	時間	記錄內容	輸入者																																						
2011/07/01	15:00	會客時間家屬探視: 1 與家屬解釋病情 E: 血糖值: 132mg/dl + 0700-1500 輸入/排出: 776/40 (+736ml) +	材																																						
護理交班事項 <table border="1"> <thead> <tr> <th>紀錄時間</th> <th>紀錄內容</th> <th>輸入者</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2011/07/01 07:47</td> <td>AT1530 CR2會診于病人紅門處切開引流(紅門右方2公分側切口), 有流出膿狀含血分泌物</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>												紀錄時間	紀錄內容	輸入者	2011/07/01 07:47	AT1530 CR2會診于病人紅門處切開引流(紅門右方2公分側切口), 有流出膿狀含血分泌物																									
紀錄時間	紀錄內容	輸入者																																							
2011/07/01 07:47	AT1530 CR2會診于病人紅門處切開引流(紅門右方2公分側切口), 有流出膿狀含血分泌物																																								
健保給付 (100/07/01) 明細 非2011年編審範圍 153.0% [住院第17天]																																									
藥物不良反應史 編輯 無藥物不良反應史																																									

身心社會狀況 跨領域會診記錄 護理評估表 IO 呼吸照護
 復健照護 Insulin Protocol 體重變化 加護圖表 其他

日期 時間 內容 輸入者

CVP SpO2

復健科醫師、物理和職能治療師的評估與治療記錄

各專科會診、藥師、營養師、社工師等醫事人員的評估與照護記錄

科室	類別	被會診專科醫師	生效時間	應完成時間	申請者	狀態	異動時間
胸腔外科	緊急	中	100/06/14 16:56	100/06/14 18:56	游	正式報告	100/06/14 17:01
皮膚科	緊急	民	100/06/20 22:19	100/06/21 00:19	游	正式報告	100/06/20 23:25
復健科	緊急	游	100/06/22 15:00	100/06/22 17:00	游	正式報告	100/06/22 19:15

科室	無會	被會診人員	生效時間	應完成時間	無會者	狀態	異動時間
營養室	普通	游	100/06/14 11:13	100/06/16 11:13	游	追蹤回覆報告	100/06/23 19:21
營養室	普通	游	100/06/24 13:31	100/06/28 13:31	游	追蹤回覆報告	100/06/29 14:06

科室	評估類別	異動時間	評估人員
社工室	社會心理評估	2011/06/29 11:16:29	游
藥局	用藥評估	2011/06/28 14:35:28	游

呼吸治療師的評估與治療記錄

ICU - 11 [接觸防護] [跌] 林 (男)(健保普) 001535122B 腎臟科 24/12/14 (75歲) 100/06/14 (17天) 住院中

診斷	2011/06/14 (18:00)	是否可結束
Septic shock CM End stage renal failure on dialysis access formation Empyema of pleura Hypotension		

項目	2011/06/14 (18:00)	是否可結束
呼吸器使用日數	Large parenchymal disease Pneumonia	
呼吸器使用日數	SPAP 2011/06/14	
結室日期及日數	2011/06/13	2011/06/14
ICU轉入日期	2011/06/14	2011/06/14
轉入醫院名稱與車位		
結室日期		
轉出醫院名稱與車位		

此病歷號[001535122B]在院號[02268469]呼吸器使用病歷和護理共12筆資料, 呼吸器使用病歷和護理和護理共0筆資料
 狀態: 0-7分 (0) 新入大風險(嚴重) (1) ARDS(嚴重) (2-7) (3) 新入大風險(嚴重)

日期	安插原因	使用升壓劑	使用利尿劑	呼吸能力	RSI分數	呼吸狀態	功能	輸入者
	MOCE	FiO2	PEEP	其他	Pao2	PtspO2	結合 ARDS	修改者
2011/07/01	否	否	否	3	0.0	21.0	3	0
2011/06/30	PS 10 cmH2O	FiO2 0.3	PEEP 6.0 cmH2O	否	0.0	21.0	3	0
2011/06/30	PS 12 cmH2O	FiO2 0.3	PEEP 6.0 cmH2O	否	0.0	21.0	3	0

A long-exposure photograph of a sunset over a body of water. The sun is low on the horizon, creating a bright orange and red glow in the sky and a shimmering reflection on the water. A dark silhouette of a mountain range is visible in the background. In the foreground, several dark, jagged rocks are partially submerged in the water. The overall mood is peaceful and contemplative.

忘掉彼此的界線
以病人為中心

- 整個跨領域醫療團隊從跨領域學習(inter-professional learning) / 教育(inter-professional education, IPE)



- 到落實跨領域合作照護(inter-professional collaborative practice) (inter-professional practice, IPP)



- 才能讓病人得到醫療團隊照護的最佳效益(best outcome of patient care)



- 教學的過程其實也是一種學習

To teach is to learn twice.

~Joseph Joubert

- Learning to working together
- Working to learning together

感謝聆聽

問題討論 (運作經驗分享)

- 在過去六個月中，您所參與或觀察到「跨領域團隊合作照護」運作經驗中，
 1. 您覺得團隊符合病人/家屬需求，提升照護品質有哪些優點特色值得推廣？
 2. 若實施未達理想，最大困難障礙因素是什麼？
 3. 您的專業角色有被認可尊重嗎？
 4. 您是否遇到衝突、意見分歧？如何化解？

問題討論（反思實踐與期望）

- 為達成有效「跨領域團隊合作照護」
 1. 我應該如何參與？
 2. 我應該擔負什麼角色與責任？
 3. 我希望機構或專業團體應如何提升改善「跨團隊專業間教育訓練」？